ISSN 2083-0246 Dwumiesięcznik nr 5 (16) październik - listopad 2013r.

Opolska Pielęgniarka i Położna

W numerze:

Kalendarium
Edukacja pacjenta poddanego chemioterapii
Postępowanie po wynaczynieniu cytostatyków
Pacjent z dożylnym portem donaczyniowym...
Biopsja węzła wartowniczego...
Biopsje mammotomiczne pod kontrolą USG
Żywienie enteralne w intensywnej terapii...

Szanowne Koleżanki Pielęgniarki, Położne oraz Koledzy Pielęgniarze!

Przekazujemy w Państwa ręce jesienny numer „Opolskiej Pielęgniarki i Położnej". Jesień to okres związany z rozpoczęciem roku szkolnego, a więc i dla wielu z nas zapewne to czas kontynuacji nauki związanej z podnoszeniem, poszerzaniem zawodowych kwalifikacji i kompetencji min. poprzez udział w różnych formach kształcenia podyplomowego, specjalizacjach, kursach, szkoleniach, konferencjach, sympozjach, itp.
W bieżącym numerze „Opolskiej Pielęgniarki i Położnej" prezentujemy obszerny materiał z II Konferencji „Pielęgniarstwo onkologiczne – problemy i wyzwania" zorganizowanej w październiku br. przez Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych O/Opole oraz Opolskie Centrum Onkologii we współpracy z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych jak i Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego.
W obszar tematyczny omawianych na konferencji zagadnień wpisuje się również artykuł Elżbiety Szlenk-Czyczerskiej „Żywienie enteralne w intensywnej terapii – funkcje i zadania pielęgniarki".
Tradycyjnie już na łamach czasopisma przedstawiamy Państwu kalendarium wydarzeń, nawiązując do najważniejszych spotkań związanych z codzienną działalnością naszej Izby.
W dniach 16-17 września 2013 r. uczestniczyłam w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie. W czasie posiedzenia przedstawiono min. sprawozdania za pierwsze półrocze z działalności komisji problemowych i zespołów stałych działających przy NIPiP w Warszawie (min. komisji budżetowo-finansowej, kształcenia, prawa i legislacji, etyki, kontraktowania świadczeń zdrowotnych, warunków pracy i płacy, położnych oraz zespołu ds. ratownictwa medycznego i promocji zawodów), sprawozdania z wykonania budżetu organów NIPiP, sprawozdanie z Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych oraz z działalności Ośrodka Informacyjno-Edukacyjnego. Na posiedzeniu przedstawiono również sprawozdanie ze spotkań zespołu ds. analizy przepisów dotyczących wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej oraz sprawozdanie ze spotkań zespołu ds. zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie i położnicze oraz określenia kryteriów będących podstawą ustalania priorytetów w zakresie kształcenia podyplomowego. W trakcie posiedzenia omówiono Procedurę kontroli ośrodków kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych: przepisy prawne dotyczące kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, dokumentację organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych wpisanych do rejestru Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie oraz wzory wpisów organizatorów kształcenia do rejestru okręgowych rad pielęgniarek i położnych, procedurę kontroli organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych wpisanych do rejestru Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Omówiono również zmiany legislacyjne do ustaw i rozporządzeń dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej. Komisja Prawa i Legislacji zaproponowała katalog świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki oraz wzór indywidualnej karty zleceń pielęgniarskich.
W bieżącym numerze prezentujemy także Państwu materiał związany z Radą ds. e-zdrowia w Pielęgniarstwie przy CSIOZ- Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, która rozpoczęła prace w zakresie elektronicznej dokumentacji medycznej w pielęgniarstwie oraz ujednoliceniem dokumentacji pielęgniarskiej. Rada ds. e-zdrowia w Pielęgniarstwie została powołana 6.04.2012 r. przez Dyrektora Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ). Informacje związane z pracami Rady ds. e-zdrowia będziemy przekazywać na bieżąco.
Serdecznie zachęcamy do lektury!

Sabina Wiatkowska
Przewodnicząca ORPiP w Opolu

Opolska Pielęgniarka i Położna

Kontakt:
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Opolu
ul. Świerkowa 24
45-407 Opole
tel.: 77 455 09 57
tel./fax: 77 456 94 67
tel. kom.: 883 394 045
e-mail: oipip.opole@op.pl
www.oipip.opole.pl

NIP: 754-13-06-694
Konto: Bank Zachodni WBK I Oddział w Opolu, ul. Ozimska 6
33 1090 2138 0000 0005 5600 0581

Godziny pracy biura OIPiP w Opolu:

poniedziałek	8^{00} - 16^{00}
wtorek	8^{00} - 16^{00}
środa	8^{00} - 17^{00}
czwartek	8^{00} - 16^{00}
piątek	8^{00} - 16^{00}

Pracownicy biura OIPiP w Opolu:
Anna Kałuska – pracownik administracyjno-biurowy
Magdalena Księżarczyk – pracownik administracyjno-biurowy
Maria Skoberla – księgowa

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Opolu
Rada Programowa: Urszula Kraszkiewicz, Izabela Marklewicz-Strysz, Barbara Prochota, Sabina Wiatkowska
Redaktor Naczelny: Wiesław Duda, tel. 601 688 692
Reklama i promocja: wieslaw.duda@medwip.pl
druk i skład: Eurocent, 45-049 Opole, ul. Dwernickiego 4
tel. 77 44 10 777, biuro@eurocent.opole.pl
Redakcja nie zwraca materiałów nie zamówionych, zastrzega sobie prawo redagowania nadesłanych tekstów i nie odpowiada za treść zamieszczanych reklam.

Kalendarium spraw OIPiP w Opolu VII-IX 2013

20 września 2013 r.
W siedzibie OIPiP w Opolu odbyło się posiedzenie Komisji Socjalnej. W czasie posiedzenia rozpatrzono 12 wniosków, z tego 6 pozytywnie, 5 negatywnie, 1 przekazano do rozpatrzenia na posiedzeniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Opolu.
W postępowaniach kwalifikacyjnych szkoleń specjalizacyjnych dla pielęgniarek organizowanych przez CKZ TEACHMED z ramienia Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych udział wzięli:
- Sylwia Kosek - „Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki",
- Urszula Kraszkiewicz - „Pielęgniarstwo chirurgiczne",
- Piotr Lisowiec - „Pielęgniarstwo zachowawcze".

19 września 2013 r.
W Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu odbył się II etap konkursu na stanowisko Ordynatora Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, w którym uczestniczyła Przewodnicząca Sabina Wiatkowska.
W siedzibie Izby w Opolu odbyło się posiedzenie Komisji Kształcenia. W czasie posiedzenia rozpatrzono 98 wniosków. Przyznano 85 refundacji, 1 wniosek rozpatrzono negatywnie, 12 wniosków przekazano do uzupełnienia.

18 września 2013 r.
Przewodnicząca Sabina Wiatkowska uczestniczyła w posiedzeniu Komisji ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych NIPiP w Warszawie.

16-17 września 2013 r.
Przewodnicząca Sabina Wiatkowska uczestniczyła w posiedzeniu NRPiP w Warszawie.

16 września 2013 r.
W Warszawie odbyła się konferencja w ramach projektu systemowego *„Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce - wsparcie kształcenia podyplomowego"* współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. W konferencji uczestniczyła Przewodnicząca Sabina Wiatkowska.

15 września 2013 r.
Pani Henryka Homętowska uczestniczyła w postępowaniu egzaminacyjnym kursu specjalistycznego dla pielęgniarek w zakresie opieki geriatrycznej organizowanego przez CS LOGOS w ramach projektu systemowego „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej".

11 września 2013 r.
W siedzibie NIPiP w Warszawie odbyło się spotkanie dotyczące omówienia dokumentów związanych z wprowadzeniem elektronicznej dokumentacji medycznej w pielęgniarstwie.
W spotkaniu uczestniczyła Przewodnicząca Sabina Wiatkowska.
W Warszawie w siedzibie Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia odbyło się posiedzenie Rady ds. e-zdrowia w Pielęgniarstwie, w którym udział wzięła Przewodnicząca Sabina Wiatkowska.
W siedzibie OIPiP w Opolu odbyło się szkolenie dla członków Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego oraz członków ORPiP w Opolu. Szkolenie prowadziła Mecenas Aleksandra Krzemińska.

10 września 2013 r.
W siedzibie OIPiP w Opolu odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Opolu.

9 września 2013 r.
W siedzibie OIPiP w Opolu odbyło się posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej ORPiP w Opolu.

7 września 2013 r.
Pani Iwona Charyło uczestniczyła w postępowaniu kwalifikacyjnym kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwo ratunkowe dla pielęgniarek" prowadzonego w ramach Projektu Systemowego pod nazwą „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce – wsparcie kształcenia podyplomowego" współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w Zespole Placówek Oświatowych z Bursą w Opolu organizowanego przez Centrum Kształcenia Zawodowego TEACHMED s.c.

4 września 2013 r.
Przewodnicząca Sabina Wiatkowska uczestniczyła w postępowaniu egzaminacyjnym kursu specjalistycznego „Resuscytacja krążeniowo – oddechowa" dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w PS ZOZ Wojewódzkim Centrum Medycznym organizowanego przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Opolu.

28 sierpnia 2013 r.
W posiedzeniu Rady Społecznej Opolskiego Centrum Ratownictwa Medycznego w Opolu udział wziął Piotr Lisowiec.

27 sierpnia 2013 r.
Przewodnicząca Sabina Wiatkowska uczestniczyła w posiedzeniu Rady Społecznej OOW NFZ.

23 sierpnia 2013 r.
W Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie odbyło się spotkanie przedstawicieli NRPiP oraz NFZ, w którym uczestniczyła Przewodnicząca Sabina Wiatkowska. Celem spotkania była kontynuacja współpracy i dokonanie uzgodnień w kwestiach dotyczących kontraktowania świadczeń pielęgniarskich w podstawowej opiece zdrowotnej oraz opiece długoterminowej.

22 sierpnia 2013 r.
Przewodnicząca Sabina Wiatkowska uczestniczyła w posiedzeniu Komisji ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych przy NIPiP w Warszawie.

13 sierpnia 2013 r.
W siedzibie OIPiP w Opolu odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Opolu.
W posiedzeniu udział wzięło 4 członków Prezydium ORPiP, Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych, Przewodnicząca Okręgowej Komisji Rewizyjnej.
W czasie posiedzenia podjęto łącznie 72 uchwał, w tym:
- stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych: 47,
- wyznaczenia przedstawiciela ORPiP do komisji powołanej w celu oceny władania językiem polskim w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu pielęgniarki: 1,
- stwierdzenia ograniczonego prawa wykonywania zawodu pielęgniarek i wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych: 1,
- wpisu na listę pielęgniarek i położnych: 3,
- skreślenia pielęgniarki z rejestru pielęgniarek i położnych: 3,
- zmiany wpisu w rejestrze organizatorów kształcenia podyplomowego: 1,
- finansowych: 6,
- skreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą: 3,
- wyznaczenia przedstawiciela do postępowania w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych: 4,
- inne: 3.

Ponadto w trakcie posiedzenia omówiono:
- uzgodnienia dotyczące terminów staży pielęgniarek, położnych odbywających przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu z placówkami medycznymi,
- regulamin nagród jubileuszowych.

9 sierpnia 2013 r.
Pani Wiesława Grabska uczestniczyła w postępowaniu egzaminacyjnym kursu specjalistycznego w zakresie „Resuscytacji krążeniowo – oddechowej dla pielęgniarek/ pielęgniarzy" prowadzonego w ramach Projektu Systemowego pod nazwą „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa

medycznego w Polsce – wsparcie kształcenia podyplomowego'' współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w Zespole Placówek Oświatowych z Bursą w Opolu organizowanego przez Centrum Kształcenia Zawodowego TEACHMED s.c.

2 sierpnia 2013 r.

Pani Anna Grochal uczestniczyła w postępowaniu egzaminacyjnym kursu specjalistycznego w zakresie „Resuscytacji krążeniowo – oddechowej dla pielęgniarek/pielęgniarzy" prowadzonego w ramach Projektu Systemowego pod nazwą „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce – wsparcie kształcenia podyplomowego'' współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w SP ZOZ Szpitalu Specjalistycznym MSW w Głuchołazach organizowanego przez Centrum Kształcenia Zawodowego TEACHMED s.c.

29 lipca 2013 r.

W siedzibie OIPiP w Opolu odbyło się posiedzenie Komisji Socjalnej. W czasie posiedzenia rozpatrzono łącznie 10 wniosków, z tego 8 pozytywnie, 1 negatywnie, 1 przekazano do uzupełnienia.

25 lipca 2013 r.

W siedzibie OIPiP w Opolu odbyło się posiedzenie Komisji Kształcenia. W czasie posiedzenia rozpatrzono łącznie 153 wnioski. Przyznano 141 refundacji, 4 wnioski rozpatrzono negatywnie, 8 wniosków przekazano do uzupełnienia.

23 lipca 2013 r.

W Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSW w Opolu odbył się konkurs na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w którym uczestniczyły z ramienia OIPiP w Opolu Sabina Wiatkowska, Wiesława Grabska, Barbara Prochota.

W październiku Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych O /Opole oraz Opolskie Centrum Onkologii we współpracy z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych oraz Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego zorganizowało II Konferencję pod hasłem „Pielęgniarstwo onkologiczne – problemy i wyzwania". W tym roku tematami wiodącymi były leki p/nowotworowe – ich przygotowanie i podawanie oraz nowoczesne metody diagnostyczno - lecznicze zmian w piersi i w czerniaku skóry. Wykłady dedykowano pielęgniarkom i położnym przygotowującym i podającym leki cytostatyczne oraz farmaceutom, na których ustawa nałożyła obowiązek ich przygotowywania.

Konferencję swoją obecnością uświetniła Pani dr Anna Koper – Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, która podzieliła się swoją wiedzą, a także doświadczeniami z pracy w Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Ponadto, jako członek Rady ds. e-zdrowia w Pielęgniarstwie powołanej przez Dyrektora Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, przybliżyła zebranym działania podejmowane w kierunku wprowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej w pielęgniarstwie.

Zaproszenie do prowadzenia wykładu przyjęła także Pani dr Grażyna Pietrzyk chirurg onkolog wykonujący biopsje mammotomiczne oraz Pani mgr Sylwia Kowalska – farmaceuta, kierownik apteki ze Szpitala MSW z Łodzi.

W programie Konferencji nie zabrakło atrakcyjnych wykładów z praktyki i organizacji pracy pielęgniarskiej w Opolskim Centrum Onkologii prowadzonych przez Panie pielęgniarki i położne Centrum. Prezentujemy tematy poruszane podczas tego owocnego spotkania i zapewniamy, że mamy jeszcze wiele istotnych zagadnień wymagających wspólnego omówienia.

Serdecznie dziękuję za udział uczestnikom oraz wykładowcom a także współpracownikom za przygotowanie Konferencji.

Elżbieta Duda
Pielęgniarka Naczelna Opolskiego Centrum Onkologii w Opolu

Edukacja pacjenta poddanego chemioterapii

mgr Izabela Olender - pielęgniarka specjalistka z pielęgniarstwa onkologicznego, zawodowo związana z Oddziałem Onkologii Klinicznej z Odcinkiem Dziennym CHE Opolskiego Centrum Onkologii

Zgodnie z ustawą Prawo Farmaceutyczne z dnia 6 września 2001 roku (Dz. U. z 2008 r.Nr45, poz.371 ze zm.)sporządzanie leków cytostatycznych należy do kompetencji farmaceutów.

Zadania pielęgniarek to:

- Przygotowanie (edukacja) pacjenta do terapii cytostatykami
- Podawanie leków cytostatycznych
- Opieka pielęgniarska w trakcie terapii cytostatykami
- Opieka pielęgniarska po terapii

Przygotowanie pacjenta do terapii cytostatykami

Cytostatyki mają działanie cytotoksyczne, są więc lekami których podawanie wymaga szczególnej ostrożności i doskonałego wyszkolenia pielęgniarek. Leki te niszczą komórki nowotworowe ale uszkodzeniu ulegają też zdrowe komórki różnych narządów wewnętrznych człowieka, zwłaszcza szybko dzielące się komórki szpiku, nabłonka przewodu pokarmowego oraz gonad. Podawanie tych leków wiąże się więc z częstym występowaniem objawów niepożądanych. Powikłania te mogą wystąpić w tracie leczenia, a także w różnym czasie po jego zakończeniu.

Leczenie chemioterapeutykami może powodować lęk przed skutkami długotrwałego leczenia. Jest to naturalne, że obawiamy się tego co nieznane.

Zdaniem pielęgniarki jest umiejętne przygotowanie chorego do terapii.

Pacjent pierwszorazowy

- przekazanie informacji na temat chemioterapii (stosowanie leków z tej grupy nie powinno boleć, mogą wystąpić objawy niepożądane, brak objawów nie wpływa na skuteczność leczenia, jeżeli się pojawią należy zgłosić je personelowi),
- wyjaśnianie wątpliwości i informowanie pacjenta o wszelkich działaniach, które mogą się zdarzyć podczas jego terapii,
- stworzenie przyjaznej atmosfery,
- zapewnienie chorego o gotowości do opieki,
- umożliwienie kontaktu z rodziną.

Należy pamiętać, że przyjazna atmosfera w chwili przyjęcia oraz świadome postępowanie pielęgniarki w dużej mierze łagodzą działanie ujemnych bodźców a podmiotowe traktowanie pacjenta umożliwia pozyskanie jego zaufania.

Współpraca chorego i zrozumienie przez niego zasad chemioterapii są niezbędne, aby można było zapobiec objawom niepożądanym.

Powikłania CHT ze względu na czas ich występowania możemy podzielić na:

- **Natychmiastowe** - pojawiające się w pierwszych 24 godzinach lub w ciągu kilku dni od rozpoczęcia leczenia np. nudności, wymioty, odczyny uczuleniowe.
- **Wczesne** - w pierwszych tygodniach CHT np. objawy supresji szpiku, zapalenie błony śluzowej jamy ustnej i przewodu pokarmowego, biegunka, wypadanie włosów.
- **Pojawiające się z opóźnieniem** - do kilku tygodni po zastosowaniu CHT np. kardiomiopatia, zwłóknienie płuc, niedokrwistość.
- **Późne** - po upływie kilku miesięcy a nawet lat np. przedwczesna menopauza, bezpłodność.

Co należy przekazać pacjentowi:

nudności i wymioty;
- wystrzegać się obfitych posiłków, aby nie obciążać żołądka,
- pić i przeżuwać powoli,
- płyny przyjmować godzinę przed lub po posiłku a nie w trakcie,
- unikać słodkich, tłustych, smażonych pokarmów,
- pokarmy powinny być chłodne lub o temp. pokojowej,
- unikać drażniących zapachów,
- jeżeli nudności występują w tracie CHT, należy zrezygnować z jedzenia na 1-2 godziny przed podaniem leków.

biegunka;
- spożywać posiłki w mniejszych porcjach a częściej,
- wystrzegać się produktów bogatych w błonnik tj. chleb pełnoziarnisty, surowe owoce i warzywa,
- wybierać produkty z małą zawartością błonnika np. biały chleb, ryż, makaron,
- wystrzegać się kawy, herbaty, alkoholu, słodyczy, tłustych smażonych i ostrych potraw,
- spożywać więcej produktów bogatych w potas tj. banany, ziemniaki, szparagi,
- pić dużo płynów o temperaturze pokojowej, aby uzupełnić płyny stracone w czasie występowania biegunki.

zaparcia;
- pić dużo płynów, aby spowodować poluźnienie stolca,
- jeść dużo produktów bogatych w błonnik,
- gimnastykować się, spacerować.

zapalenie jamy ustnej;
- cytostatyki mogą powodować powstanie drobnych ran w jamie ustnej, wysuszać lub podrażniać błonę śluzową, rany w jamie ustnej mogą być narażone na infekcje, które są trudne do leczenia w trakcie CHT dlatego, trzeba wyjaśnić pacjentowi konieczność kontroli stomatologicznej, wyleczenia ubytków i chorób dziąseł,
- systematyczna higiena jamy ustnej, szczotkowanie zębów po posiłkach, płukanie jamy ustnej delikatnymi płynami,
- stosowanie diety wysokobiałkowej i wysokowitaminowej z jednoczesnym unikaniem produktów kwaśnych i drażniących,
- stosowanie natłuszczających balsamów lub kremów na usta.

wypadanie włosów;
- należy używać delikatnych szamponów i miękkich szczotek do włosów,
- zrezygnować z zabiegów fryzjerskich tj. farbowania, prostowania, nakręcania
- zaopatrzyć się w perukę (wniosek na perukę wypisuje lekarz).

problemy ze skórą i paznokciami;
- unikanie długich kąpieli w wannie,
- stosowanie szybkiego prysznica lub mycie mokrą myjką,
- wcieranie balsamów w wilgotną skórę,
- wystrzeganie się perfum zawierających alkohol,
- unikanie ekspozycji na słońce i gwałtownych zmian temperatury.

neutropenia (agranulocytoza, obniżenie liczby granulocytów obojętnochłonnych < 1500/ µl)
- uświadomienie zasadności częstego mycia rąk,
- przekonanie chorego o znaczeniu starannej higieny osobistej (codzienna kąpiel),
- zapobieganie podrażnieniu śluzówki odbytu przeciwdziałanie zaparciom,
- ćwiczenia głębokiego oddychania oraz kaszlu, w celu zapobiegania potencjalnej infekcji dróg oddechowych,
- wietrzenie pomieszczeń.

niedokrwistość;
- należy wskazać na związek nasilenia zmęczenia z rodzajem leczenia i wyjaśnić, że zmęczenie nie jest wskaźnikiem postępu choroby,
- wyjaśnić stosowanie techniki „dystrakcji"- odwracania uwagi od odczuwanego zmęczenia poprzez oddanie się ulubionym zajęciom,
- opracować dzienny plan aktywności.

małopłytkowość;

Zwrócenie uwagi na objawy niepokojące:
- ze strony układu pokarmowego - obserwacja stolca (obecność świeżej krwi, ciemny kolor stolca), wymioty treścią fusowatą lub obecność świeżej krwi,
- ze strony układu moczowego - zmiana zabarwienia moczu,
- ze strony centralnego układu nerwowego - bóle i zawroty głowy, zaburzenia widzenia.

W codziennym życiu należy:
- unikać forsownych czynności i uszkodzeń skóry,
- zachować dietę lekkostrawną,
- dbać o regularność wypróżnień, unikać parcia na stolec.

Odpowiednie wyedukowanie pacjenta zaprocentuje łagodzeniem powikłań w przebiegu leczenia.

Należy pamiętać aby edukacja pacjenta była:
- **jasna,**
- **zrozumiała dla niego i jego rodziny,**
- **oparta na zasadach partnerskich.**

Piśmiennictwo u autora

Postępowanie po wynaczynieniu cytostatyków

mgr Anna Grącka – specjalistka z pielęgniarstwa ginekologicznego, położna zawodowo związana z Oddziałem Radioterapii i Onkologii Ginekologicznej Opolskiego Centrum Onkologii

Chemioterapia nowotworów związana jest z ryzykiem występowaniem działań niepożądanych. Zalicza się do nich także odczyny miejscowe o różnym nasileniu, będące wynikiem przypadkowego wynaczynienia cytostatyku.

Wynaczynienie cytostatyku - to przypadkowe, niezamierzone przedostanie się leku poza naczynie żylne do tkanek otaczających lub bezpośrednie naciekanie tkanek poprzez błędne podanie leku, które może prowadzić do miejscowych stanów zapalnych, owrzodzeń a nawet martwicy.

Nasilenie reakcji po wynaczynieniu może mieć różny stopień - od niewielkiego zaczerwienienia, obrzęku i bólu do ciężkiego, nieodwracalnego owrzodzenia, które wymaga leczenia chirurgicznego.

Charakter uszkodzeń, jakie powoduje chemioterapia zależy od rodzaju, koncentracji oraz objętości wynaczynionego cytostatyku. Z tego względu leki dzielimy na: silnie uszkadzające, drażniące i nieuszkadzające. Leki silnie uszkadzające mogą powodować pęcherze i głębokie uszkodzenia tkanek otaczających naczynie.

Do cytostatyków silnie uszkadzających zaliczamy: Cisplatynę (>0,5 mg.ml), Daktynomycynę, Doksobrubicynę, Mitomycynę C, Paklitaxel, leki z grupy vinca rosea: Vinblastnę, Vinkrystynę.

Zapobieganie wynaczynieniu cytostatyków

Wiele czynników wpływa na zagrożenie wynaczynieniem chemioterapeutyków. Można je podzielić na związane z chorym i z podawaniem leków.

Czynniki związane z chorym

Jakość sieci żylnej i sprawność odpływu wpływają znacząco na częstość miejscowej toksyczności chemioterapii. Osoby starsze mają żyły kruche, o małej średnicy. Właśnie w tej populacji najczęściej powstają owrzodzenia, obejmujące całe drzewo żylne od miejsca podania leku. Słaba wytrzymałość ścian żylnych w połączeniu ze zmniejszonym przepływem obwodowym mogą powodować przeciekanie leku przez ściany naczynia krwionośnego w ilości dostatecznej do wywołania martwicy tkanek miękkich. Zwiększonym ryzykiem objęte są kobiety po mastektomii oraz chorzy po uprzednim napromienianiu miejsc wstrzyknięć.

Czynniki związane z podaniem leku

Czynniki te obejmują miejsce wstrzyknięcia, technikę nakłucia żyły oraz technikę wstrzyknięcia. Optymalnym miejscem jest przedramię z uwagi na względnie szerokie żyły, nieobecność stawów, co zmniejsza ryzyko uszkodzenia żyły przy ruchu chorego. Poza tym, na przedramieniu jest dostatecznie rozwinięta tkanka podskórna, która chroni przed uszkodzeniem nerwu i ścięgna w przypadku wynaczynienia. Niekorzystnym miejscem do podawania leków drażniących jest dłoniowa strona nadgarstka, z powodu powierzchniowego przebiegu nerwów, naczyń krwionośnych i ścięgien. Należy unikać zgięcia łokciowego ponieważ, wynaczynienie w tej okolicy jest trudne do zauważenia, a jego następstwa mogą upośledzić funkcję kończyny górnej.

W celu uniknięcia wynaczynienia cytostatyków powinny być przestrzegane następujące zalecenia:

1. Chemioterapia powinna być podawana przez personel znający jej toksyczność.
2. Wybierz najlepsze miejsce do podania leku: przedramię > grzbiet ręki > nadgarstek > zgięcie łokciowe.
3. Załóż kaniulę tuż przed podaniem leku, unikając wielokrotnych nakłuć żyły.
4. Zamocuj kaniulę powinna w sposób bezpieczny tak, aby miejsce wkłucia i bliższa część kończyny były dostępne w obserwacji wzrokowej.
5. Wykonaj płukanie naczynia żylnego obj. ok. 10 ml 0,9 % NaCl przed podaniem oraz po zakończonym wlewie z cytostatykiem.
6. Obserwuj odpływ krwi, szybkość przepływu żylnego i całą kończynę wielokrotnie podczas podawania leku.
7. Zwracaj uwagę na sygnalizowane przez chorego zmiany odczuć w okolicy miejsca podawania leku.

Objawy wskazujące na wynaczynienie:

Dolegliwości i objawy wskazujące na wynaczynienie są następujące:

1. Zmiany w odpływie krwi lub dożylnym przepływie.
2. Obrzęk miejsca wkłucia.
3. Zaczerwienienie lub zgłaszane przez chorego kłucie albo ból w miejscu wkłucia lub w jego pobliżu.
4. Miejscowa zmiana zabarwienia przy podaniu barwnych leków.

Postępowanie przy wynaczynieniu cytostatyku:

1. Przerwać podawanie leku.
2. Przed usunięciem igły z naczynia podjąć próbę aspiracji płynu pozostałego w naczyniu.
3. Jeśli istnieje lek o typie antidotum użytego cytostatyku, należy go podać tą samą drogą w celu uzyskania najskuteczniejszej neutralizacji.
4. Po podaniu antidotum usunąć igłę z naczynia.
5. U wszystkich chorych należy stosować okłady, a kończynę, w której doszło do wynaczynienia powinno się pozostawić w pozycji uniesionej przynajmniej przez pierwsze 2 doby po wynaczynieniu.
6. Wypełnić protokół wynaczynienia substancji p/ nowotworowej.

W oddziale chemioterapii konieczne jest posiadanie tzw. „apteczki ratunkowej", aby jak najszybciej rozpocząć działanie ograniczające wielkość i rozległość wynaczynienia i jego szkodliwe skutki.

ZAWARTOŚĆ APTECZKI RATUNKOWEJ:
- **dexamethasone 4 mg - 2 ampułki**
- **corhydron 25 mg - 2 ampułki**
- **hialuronidaza 1500 IU - 2 ampułki**
- **hydrocortison krem 1% - 30g**
- **natrium bicarbonicum 8,4% - 2 ampułki**
- **0,9% NaCl 10 ml - 3 ampułki**
- **strzykawka 2 ml - 4 szt.**
- **strzykawka 5 ml - 2 szt.**
- **igły 0,8 mm - 5 szt.**
- **rękawice sterylne - 2 pary**
- **opatrunek lodowy/cieplny - 1 szt.**
- **kaniula - 10szt.**
- **sterylne kompresy - 6 szt.**
- **plaster mocujący - 1 szt.**
- **waciki bawełniane - 5 szt.**
- **koreczki typu luer - 2 szt.**
- **pisak - 1 szt.**

UWAGA: podane ilości leków są stanami minimalnymi.

Miejscowa toksyczność chemioterapii, chociaż względnie rzadka prowadzi do ciężkich powikłań. Częstość wynaczynienia chemioterapeutyków może być zminimalizowana przy przestrzeganiu w/w zaleceń, a jeśli dojdzie do wynaczynienia szybkie podanie antidotum odpowiedniego dla danego leku może zmniejszyć następstwa tego powikłania.

Piśmiennictwo u autora

Pacjent z dożylnym portem donaczyniowym - wyzwania pielęgnacyjne

Jolanta Sarga – pielęgniarka specjalistka z pielęgniarstwa zachowawczego, pracuje w Opolskim Centrum Onkologii w Oddziale Onkologii Klinicznej z Odcinkiem dziennym CHE

Mam ogromną przyjemność podzielenia się z Państwem tematyką poświęconą udoskonalaniu podawania leków drażniących - do jakich niewątpliwie należą chemioterapeutyki, a także preparaty o dużej osmolarności stosowane w żywieniu pozajelitowym.

Praktyczną formę podaży spełniają porty naczyniowe.

W krajach UE - chorzy poddawani chemioterapii mają bezwzględnie zakładany port dostępu naczyniowego przy pierwszym cyklu. W Polsce obowiązuje nieco inny system podejścia do leczenia w oddziałach chemioterapii. Jeśli mamy na myśli dzieci cierpiące na chorobę nowotworową, port zakładany jest w chwili podjęcia decyzji o leczeniu. Dorośli mają zakładany port w momencie, gdy wyczerpane są dotychczasowe możliwe miejsca podawania w postaci wkłucia dożylnego. Dwie trzecie wszystkich chorych leczonych z powodu choroby no-

wotworowej korzysta z dobrodziejstw chemioterapii. Moim zdaniem porty są komfortowym systemem podawania leków dla pacjenta i wygodnym dla personelu.

BUDOWA PORTU

Port złożony jest ze zbiornika tzw. komory oraz cewnika - który jednym końcem implantowany jest w żyle, drugim natomiast podłączony do komory portu. Komora zbudowana jest z tytanu, tworzywa sztucznego lub ceramiki, jej średnica wynosi od 2,5 do 3 cm. Część znajdującą się bezpośrednio pod skórą tworzy membrana zbudowana z silikonu. Membrana pełni rolę miejsca wprowadzania igły Hubera - ilość możliwych wkłuć jest ok. 2000 razy (dane producenta), igła Hubera jest zakończona odpowiednio ukształtowanym ostrzem, dzięki temu przy każdorazowym nakłuwaniu portu igła powoduje rozpychanie włókien membrany, która po wysunięciu igły samoistnie się zasklepia. Port stanowi w pełni implantowany system podawania dożylnego leków.

Prawidłowo pielęgnowany może być wykorzystywany przez wiele lat.

PRZECIWSKAZANIA DO ZAŁOŻENIA PORTU

Kryteriami, które stanowią o bezwzględnym p/wskazaniu do założenia portu są:

- wskaźnik protrombinowy < 60 %,
- trombocytopenia < 60 000/ mm³ (zwiększa ryzyko krwawienia),
- leukopenia < 2000/mm³,
- neutropenia < 1000/ mm³ (brak możliwości obronnych organizmu przed zakażeniem).
- terminalny stan zdrowia pacjenta,
- choroby infekcyjne przebiegające z gorączką,
- zespół rozsianego wykrzepiania śródnaczyniowego.

TECHNIKA ZAKŁADANIA PORTU

Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym, w warunkach sali operacyjnej - składają się na niego następujące czynności:

- pacjent ułożony jest w pozycji Trendelenburga, pozycja zapobiega aspiracji powietrza do naczynia chroni przed powstaniem zatoru powietrznego,
- dezynfekcja pola operacyjnego i znieczulenie miejscowe,
- nakłucie żyły wewnętrznej szyjnej i wprowadzenie prowadnicy Seldingera,
- nacięcie skóry poniżej obojczyka ok. 2 cm. w celu włożenia komory,
- wprowadzenie cewnika wypełnionego roztworem soli fizjologicznej do światła naczynia tak, aby koniec cewnika znalazł się nad ujściem żyły głównej górnej do prawego przedsionka serca i połączenie z komorą portu,
- całość systemu monitorowana jest za pomocą aparatu rentgenowskiego,
- następnie skóra jest zszywana, zakładany jest opatrunek na ranę, szwy usuwamy po upływie ok. 10 dni.

POWIKŁANIA

Dzielimy na wczesne i późne.

Wczesne:

- krwiak i krwawienie z miejsca wkłucia,
- odma opłucnowa,
- sporadycznie nakłucie tętnicy,

Późne:

- nieszczelność układu - przyczyną może być wada fabryczna, uszkodzenie mechaniczne,
- podanie leku poza naczynie - obok portu,
- martwica skóry nad portem,
- zakażenie

PIELĘGNACJA I ZASADY UŻYTKOWANIA PORTU

Przygotowanie:

- dezynfekcja rąk
- dezynfekcja skóry pacjenta w okolicy portu: konieczne jest trzykrotne przemycie skóry środkiem dezynfekcyjnym i odczekanie, aż skóra wyschnie,
- wypełnienie igły fizjologicznym roztworem NaCl, należy igłę Hubera z drenem wypełnić 0,9% roztworem NaCl, następnie zamknąć jednokierunkową zastawkę zabezpieczającą przed zassaniem powietrza,
- założenie sterylnych rękawic
- lokalizacja miejsca wkłucia polega na palpacyjnym zlokalizowaniu portu i nakłuciu jego membrany. Igłę wkłuwa się w środku odległości pomiędzy palcami, kierując prostopadle do skóry. Przekłuwa się kolejno skórę, membranę i opiera się o dno portu. Zabezpiecza jałowym opatrunkiem i opisuje.
- podawanie leków - w celu potwierdzenia obecności igły w świetle naczynia oraz prawidłowego wkłucia, należy zaaspirować krew i podać co najmniej 10 ml. 0,9% roztworu NaCl, następnie można zacząć podawać leki,

Utrzymanie drożności portu:

- zabezpieczenie portu po zakończeniu wlewu i usunięcie igły z portu. Po zakończeniu wlewu przed usunięciem igły należy koniecznie przepłukać port co najmniej 10 mililitrami a wskazaną pojemnością jest 20 mililitrów 0,9% roztworu NaCl z dodatkiem heparyny tj. strzykawką z 10 -100 IU/ml. heparyny(mniejsze stężenia leku wykazują podobną skuteczność)
- podczas przerwy w planowanym leczeniu infuzyjnym zakładamy tzw. „korek heparynowy", tj. wprowadzamy określoną ilość herarynizowanej soli fizjologicznej w ilości (5 ml. roztworu soli fizjologicznej + heparyna 100 IU/ml.). Jest to wystarczająca dawka, która wypełnia sam port i cewnik. Zastosowanie ma na celu utrzymanie drożności portu na czas od 4 do 6 tyg. Natomiast w krótkotrwałej przerwie we wlewach przez port nie ma potrzeby stosowania roztworu z heparynynizowaną solą fizjologiczną.
- istotną sprawą jest każdorazowe odnotowanie faktu płukania w książeczce portu, którą otrzymuje pacjent w dniu założenia portu.
- w ostatnim czasie na rynku pojawił się nowy preparat zawierający 0,9% roztwór NaCl z heparyną 500 UI , jest to gotowy preparat do bezpośredniego użytku z zastosowaniem kolejno działań: przepłukanie systemu strzykawką o pojemności 10/20 ml z 0,9 % NaCl, następnie podanie 5 ml. gotowego roztworu 0,9 % NaCl z heparyną 500 UI (ampułka).

Zaletą tego preparatu jest łatwe podawanie leku, uproszczenie wykonywanych przez pielęgniarki działań bez konieczności przeliczania dawek heparyny.

ZALECENIA

Do nakłuwania portu należy używać bezwzględnie igieł specjalistycznych, przeznaczonych wyłącznie do obsługi portu, nie należy stosować igieł do zwykłych iniekcji:

- zestawy podczas podawania powinny być szczelnie połączone,
- po zakończeniu wlewu, jeśli konieczne jest pozostawienie igły, wszystkie zaciski powinny być zamknięte
- końcówka drenu powinna być zaopatrzona w jałowy zakręcany korek
- w czasie podawania leków należy obserwować okolice wkłucia igły do portu, należy wstrzymać podaż w chwili wystąpienia obrzęku bądź bólu,
- w przypadku niewyjaśnionej infekcji objawiającej się podwyższoną temperaturą, zawsze bierzemy pod uwagę - port jako ciało obce,
- płukanie portu powinno być wykonane po każdym jego zastosowaniu,
- nieużywany port w celu utrzymania drożności musi być przepłukiwany co najmniej raz w miesiącu 0,9% roztworem NaCL z heparyną 10j./ml.

OCENA PRZYDATNOŚCI PORTÓW

W ocenie pacjenta:

- zadowolenie z możliwości kontynuowania leczenia,
- poprawa komfortu fizycznego i psychicznego pacjenta,
- zwiększenie poczucia bezpieczeństwa, wygodna metoda usprawniająca czynności codzienne chorego np. (codzienna toaleta ciała).

W ocenie personelu:
- możliwość stałego dostępu żylnego, bez konieczności nakłuwania naczyń obwodowych oszczędność czasu,
- ochrona naczyń żylnych (stany zapalne, podrażnienia, wynaczynienia),
- podawane leki wchłaniają się bezpośrednio do dużych naczyń, a tym samym również szybko rozprowadzone po organizmie.

Kończąc chciałabym nadmienić, że opisany powyżej system dostępu żylnego jest metodą, która spełnia zadania w innych dziedzinach medycyny, niesie wiele dobrodziejstw od wygodnego w każdej chwili dostępu do żyły po komfortowy w pełni bezpieczny i estetyczny system dla samego chorego.

Piśmiennictwo u autora

Biopsja węzła wartowniczego nowoczesną metodą diagnostyczno-leczniczą w czerniaku skóry i raku piersi

Helena Barchańska – pielęgniarka oddziałowa Oddziału Radioterapii Opolskiego Centrum Onkologii. Posiada wieloletnie doświadczenie w pracy na stanowisku pielęgniarki operacyjnej Bloku Operacyjnego OCO.

Anatomia układu chłonnego - jest to układ otwarty - drobne naczynia limfatyczne otwierają się bezpośrednio do przestrzeni międzykomórkowej. Limfa (chłonka), to rodzaj tkanki łącznej płynnej. Jest przesączem krwi, składa się z osocza i białych krwinek. Dociera tam, gdzie nie sięgają naczynia włoskowate - do każdej komórki ciała. Układ naczyń chłonnych oraz będące w ścisłym związku węzły chłonne tworzą układ chłonny. Powstająca w przestrzeniach międzykomórkowych chłonka odprowadza z tkanek produkty metabolizmu oraz rozprowadza komórki układu immunologicznego. Charakteryzuje się on dużą zmiennością przebiegu naczyń. Określenie ilości węzłów chłonnych jest możliwe tylko w przybliżeniu. Regionalne węzły chłonne to pierwsza grupa węzłów na przebiegu naczyń chłonnych odprowadzających chłonkę z określonego fragmentu ciała.

Efektywna limfadenektonia do niedawna stanowiła rutynowe postępowanie w leczeniu nowotworów szerzących się drogą chłonną. Wycięcie całkowite regionalnych węzłów chłonnych dawało lepszą kontrolę nad miejscowym zaawansowaniem choroby. Badanie histopatologiczne i immunohistochemiczne usuniętych tkanek pozwoliło na zaplanowanie dalszego leczenia. Jednak u części chorych nie stwierdzano przerzutów w usuniętych węzłach chłonnych.

U osób z małym stopniem zaawansowania choroby przerzuty występują zaledwie u 10% operowanych, zatem 90% pacjentów miało niepotrzebnie wykonywaną doszczętną limfadenektomię. W związku z tym, rozpoczęto poszukiwania techniki diagnostycznej umożliwiającej precyzyjną kwalifikację pacjentów do całkowitego wycięcia regionalnych węzłów chłonnych.

Roman Cabanas południowoamerykański chirurg w 1977 roku opublikował koncepcję węzła wartowniczego. Zauważył on bowiem, że przerzuty raka pierwotnego prącia zawsze pojawiały się w węzłach chłonnych pachwiny, a pierwszy węzeł zdawał się być zawsze w tym samym miejscu. Opierając się na teorii rozprzestrzeniania się przerzutów nowotworowych drogą chłonną, określił ten pierwszy węzeł jako węzeł wartowniczy.

Ówczesny świat medyczny nie przyjął rewelacyjnej koncepcji Cabanasa z właściwą uwagą. Dopiero w 1989 roku praca Donalda L. Mortona z John Wayne Cancer Institute, która opisuje identyfikację spływu chłonki za pomocą koloidowego złota u pacjentów z czerniakiem skóry o różnej lokalizacji zwróciła szczególną uwagę świata medycyny onkologicznej.

Donald L. Morton opisał również techniki oznaczania, śródoperacyjnej identyfikacji i pobrania chirurgicznego węzła wartowniczego. Publikacja ta stała się krokiem milowym we wdrożeniu techniki biopsji węzła wartowniczego.

W Polsce pierwszą pracę na temat znakowania węzła wartowniczego w czerniaku opublikowano w „Polskim Przeglądzie Chirurgicznym" w 1996 roku. W Opolskim Centrum Onkologii biopsja węzła wartowniczego w czerniaku jest wykonywana od 2005 roku. W raku piersi od 2009 roku.

Mimo dynamicznego rozwoju idei biopsji węzła wartowniczego wciąż obowiązuje definicja stworzona przez Cabanasa i brzmi ona następująco:

„Węzeł wartowniczy jest to pierwszy węzeł chłonny na drodze spływu chłonki obszaru pierwotnego guza nowotworowego do regionalnych węzłów chłonnych i w związku ze swoim położeniem jest pierwszym miejscem gromadzenia się przerzutów nowotworowych. Jeżeli w węźle wartowniczym nie stwierdza się przerzutów to w pozostałych węzłach chłonnych również nie powinny występować.

Jeżeli w węźle wartowniczym przerzuty są obecne, to mogą one być również w pozostałych węzłach chłonnych regionalnego spływu chłonki.

Kwalifikacja do biopsji węzła wartowniczego w czerniaku

Wskazaniami do wykonania biopsji węzła wartowniczego są:
1) zmiany pierwotne o grubości według skali Breslow ≥ 1,00 mm oraz każda grubość jeśli występuje jej mikroowrzodzenie
2) brak klinicznych objawów przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych oraz przerzutów odległych do innych narządów

Według najnowszych zaleceń nie określa się maksymalnej grubości czerniaka powyżej której nie wykonuje się biopsji węzła wartowniczego. Obecnie biopsja węzła wartowniczego u chorych na czerniaka skóry bez klinicznie powiększonych węzłów chłonnych jest postępowaniem standardowym.

Kwalifikacja do biopsji węzła wartowniczego w raku piersi

1) w mammografii największy wymiar guza nie przekraczający 3cm
2) w badaniu klinicznym, w mammografii i w USG nie stwierdza się powiększonych węzłów chłonnych dołu pachowego.

Biopsja węzła wartowniczego umożliwia wyłonienie grupy pacjentek, u których nie ma potrzeby wycięcia wszystkich węzłów chłonnych dołu pachowego i co za tym idzie uniknięcia wielu niepożądanych skutków i komplikacji tego zabiegu.

Metody znakowania węzła wartowniczego

Istnieją dwie metody oznaczania węzła wartowniczego, należą do nich **metoda barwnikowa** oraz **metoda izotopowego oznaczania**.

Metoda barwnikowa - do wybarwiania dróg chłonnych, używa się barwników niebieskich i są to najczęściej pochodne aniliny takie jak roztwór błękitu metylowego lub Patenblau-V.

Metoda izotopowego oznaczania węzłów wartowniczych polega na wykrywaniu podwyższonego poziomu promieniowania gamma w węzłach chłonnych. W tym celu podaje się pacjentowi radioznacznik, najczęściej jest to izotop technetu Tc^{99m}. W celu przemieszczenia izotopu do naczyń chłonnych i dalej do węzłów, należy go połączyć z nośnikiem, który to umożliwi. Do najczęściej stosowanych nośników zaliczamy albuminy ludzkie.

Technika wykonania biopsji węzła wartowniczego

W przypadku czerniaka skóry i raka piersi procedura pobrania węzła wartowniczego wygląda tak samo. Obejmuje cztery etapy: przedoperacyjna limfoscyntygrafia, śródoperacyjne wybarwienie przy użyciu niebieskiego barwnika, śródoperacyjna identyfikacja przy użyciu ręcznego detektora promieni gamma, śródoperacyjne badanie palpacyjne tkanek wokół rany operacyjnej.

Przedoperacyjną limfoscyntygrafię wykonuje się w zakładzie medycyny nuklearnej na dobę przed planowanym zabiegiem operacyjnym. Śródskórnie podany jest radioznacznik w pobliże blizny po biopsji wycinającej w przypadku czerniaka i w okolicę guza w przypadku raka piersi. Preparat podawany jest w odległości około 1 cm wokół blizny lub guza z czterech oddzielnych wkłuć.

Następnie wykonuje się scyntygrafię regionalnego spływu chłonnego, która polega na obrazowaniu za pomocą gammakamery rozmieszczenia cząstek radioaktywnych, które drogami chłonnymi razem z limfą doprowadzane są do stojących na ich drodze węzłów chłonnych. Następnie na skórze pacjenta zaznacza się miejsce największego wychwytu radioznacznika. W dniu następnym wykonuje się zabieg operacyjny.

Następnego dnia, chirurg operujący podaje w okolicę blizny po biopsji wycinającej lub w okolicę guza barwnik w miejsca wcześniejszego podania radioznacznika. Śródskórnie podaje się 1ml błękitu metylenowego przy pomocy strzykawki insulinówki z igłą 0,36x13, wykorzystując 3-4 oddzielne wkłucia. Ręcznym detektorem promieni gamma bada się okolice regionalnego spływu chłonnego, ocenia się spływ i grupę węzłów chłonnych uwidocznione w przedoperacyjnej limfoscyntygrafii. Zaznacza się na skórze miejsca największego wychwytu, są to miejsca gdzie najprawdopodobniej położone są węzły wartownicze.

Pobranie węzła wartowniczego odbywa się w znieczuleniu ogólnym.

Po przygotowaniu pola operacyjnego ponownie wykonuje się kontrolę miejsca największego wychwytu, gdyż będzie to miejsce nacięcia skóry. Cięcie skórne przechodzi nad miejscem największego wychwytu radioznacznika i ma ono długość od 2 do 5 cm. Tkanki preparuje się na ostro, bardzo delikatnie nie używając koagulacji. Przecięte naczynia krwionośne i chłonne należy podwiązywać w celu uniknięcia powstawania krwiaków i chłonkotoku.

Kierunek preparowania wyznaczają uwidaczniające się w polu operacyjnym wybarwione drogi chłonne i wskazania ręcznego detektora promieni gamma. Węzeł wartowniczy identyfikuje się po zabarwieniu i wskazaniu detektora, które jest przynajmniej 3-krotnie przewyższające tło czyli wskazania z tkanek otaczających.

Po zidentyfikowaniu węzła chłonnego wartowniczego podwiązuje się naczynia i usuwa. Poza polem operacyjnym wykonuje się ponownie pomiar radioaktywności. Węzeł wartowniczy przekazywany jest do badania histopatologicznego.

Badanie histopatologiczne

Histopatolog przygotowuje 6 bloków po przecięciu węzła wartowniczego wzdłuż jego długiej osi przecinając węzeł co 50µm. Z każdego bloku wykonywane są preparaty z których 6 zabarwionych jest hemotoksyliną i eozyną, a 7 jest wybarwionych immunohistochemicznie. Badanie histopatologiczne węzła wartowniczego powinno więc zawierać ocenę wielu przekrojów węzła, preparaty powinny być barwione w sposób standardowy i powinny być poddane badaniom immunohistochemicznym, histopatolog oceniający preparaty powinien mieć duże doświadczenie.

Postępowanie po uzyskaniu wyniku

W przypadku czerniaka, pacjenci u których w wyniku badania węzła wartowniczego nie stwierdzono obecności przerzutów kwalifikowani są do obserwacji. W tych przypadkach nie stosuje się leczenia uzupełniającego. Chorzy ci podlegają badaniom kontrolnym według schematu. W przypadku chorych z rakiem piersi u których nie wykryto przerzutów w węźle wartowniku nie wykonuje się już doszczętnej limfadenectomii, dalsze leczenie jest uzależnione od rodzaju nowotworu i miejscowego stopnia zaawansowania.

Piśmiennictwo u autora

BIOPSJE MAMMOTOMICZNE POD KONTROLĄ USG

Ewa Dyktyńska pielęgniarka specjalistka z pielęgniarstwa operacyjnego. Pracuje w Opolskim Centrum Onkologii na stanowisku pielęgniarki koordynującej Bloku Operacyjnego.

Celem współczesnej diagnostyki chorób piersi jest zmniejszenie do minimum liczby kobiet ze zmianami niezłośliwymi rozpoznanymi w otwartych biopsjach chirurgicznych. Jednakże sposób diagnozowania zmiany dobierany jest indywidualnie dla każdej pacjentki przez lekarza onkologa.

Około 80% zmian patologicznych w piersiach to zmiany łagodne nie wymagające leczenia. Ważne jest jednak, aby dokładnie je diagnozować. Czasami na podstawie samych badań obrazowych nie można określić czy zmiana ma charakter łagodny, czy złośliwy. Potrzebna jest biopsja, czyli pobranie tkanki do badania mikroskopowego, które pozwala na jednoznaczną odpowiedź jaki charakter ma wykryta zmiana.

Wyróżnia się dwie główne metody biopsji gruczołu piersiowego: biopsje chirurgiczne, biopsje przezskórne: cienko- i gruboigłowe oraz biopsje gruboigłowe wspomagane próżnią.

Biopsja chirurgiczna - polega na pobraniu materiału (wycinka lub całej zmiany) do badania histopatologicznego w warunkach sali operacyjnej w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym. Wynik badania pobranego wycinka jest dokładny i pewny; wiąże się jednak z pobytem w szpitalu, stresem, a czasem z blizną pooperacyjną i deformacją piersi.

Biopsja cienkoigłowa - wymaga nakłucia zmiany i pobrania przez aspirację materiału do badania. Ilość materiału jest mała, konieczne jest czasem kilkakrotne powtórzenie nakłucia. Badanie uznawane jest za mało precyzyjne.

Biopsja gruboigłowa - jest zabiegiem podobnym do biopsji cienkoigłowej z tym, że pobiera się tu więcej materiału tkankowego. Specjalną igłę wprowadza się pod kontrolą USG lub bezpośrednio w okolicę zmiany, pobierając materiał do badania.

Biopsja mammotomiczna (MMT) – to jedna z najnowocześniejszych metod diagnostyki zmian patologicznych pobierania wycinków z piersi. Polega na precyzyjnym pobraniu dowolnej ilości wycinków podejrzanej tkanki do badania histopatologicznego pod kontrolą obrazu USG lub mammografii cyfrowej. Igła mammotomiczna 3 lub 5 milimetrowa wspomagana systemem próżniowym, umożliwia pobieranie materiału tkankowego z pojedynczego wkłucia.

Biopsja mammotomiczna

Biopsję mammotomiczną można wykorzystać również do usuwania w całości wraz z marginesem małych łagodnych zmian, nieprzekraczających 3 cm i niewyczuwalnych podczas badania palpacyjnego. Zabieg wykonywany jest w warunkach ambulatoryjnych w znieczuleniu miejscowym. Pacjentki nie są narażone na stres związany z pobytem w szpitalu i zabiegiem chirurgicznym na bloku operacyjnym. Chirurg kontroluje postęp i zakres zabiegu na ekranie ultrasonografu. Po wykonanej biopsji mammotomicznej uzyskuje się doskonały efekt kosmetyczny w postaci małej blizny, zabieg nie powoduje deformacji piersi. Na ranę nie zakłada się szwów chirurgicznych.

Zabieg łączy w sobie zalety biopsji cienkoigłowej - minimalną inwazyjność – z podstawową zaletą otwartej biopsji chirurgicznej czyli uzyskaniem wiarygodnego materiału do badania histopatologicznego. Jest to doskonała metoda dla pacjentek po wcześniejszych operacjach guzków piersi. Cała procedura trwa ok. 20 minut. Pacjentka bardzo szybko wraca do aktywności zawodowej i rodzinnej.

Rana po biopsji mammotomicznej

W Opolskim Centrum Onkologii biopsje mammotomiczne wykonywane są od 2009 roku. Nasze poradnie specjalistyczne zajmują się kwalifikowaniem i kierowaniem na badanie.

Biopsję wykonują lekarze z wieloletnim doświadczeniem w wykonywaniu biopsji mammotomicznych. Pacjentka po zakwalifikowaniu do zabiegu MMT i ustaleniu terminu wykonania biopsji otrzymuje zalecenia odnośnie przygotowania do badania.

Przygotowanie polega na odstawieniu pochodnych kwasu acetylosalicylowego (Biospiry, Polokard itd. - jeżeli zażywa), na 5 dni przed zabiegiem. W przypadku zażywania leków przeciwzakrzepowych, pochodnych kumaryny np. Acekumarol należy zgłosić się do lekarza prowadzącego i przestawić leczenie na drobnocząsteczkową heparynę Fraxiparynę, Clexane na 7 dni przed zabiegiem.

Nie zaleca się wykonywania biopsji w okresie okołomiesiączkowym (2 dni przed i pierwsze dwa dni miesiączki). Jeżeli pacjentka przyjmuje leki nasercowe, p/nadciśnieniowe i inne należy w dniu zabiegu przyjąć je zgodnie ze stałym harmonogramem przyjmowania.

Pacjentka powinna zjeść normalne posiłki przed biopsją.

Po biopsji MMT pacjentka otrzymuje zalecenia jak pielęgnować niewielką rankę na piersi.

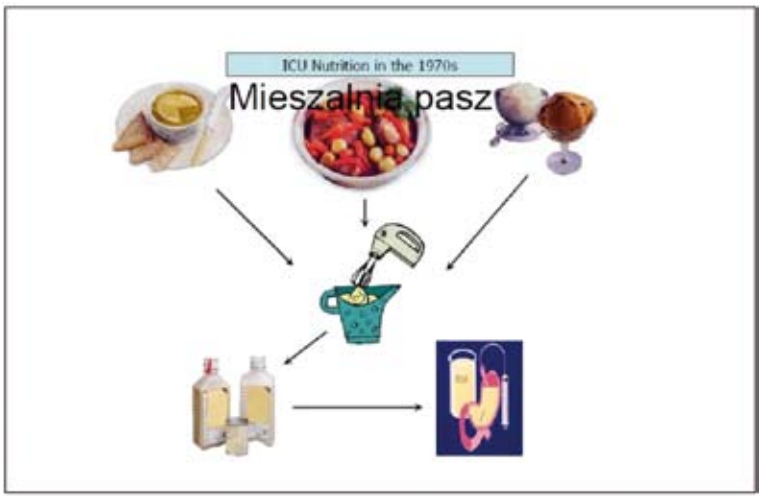
Piśmiennictwo u autora

Żywienie enteralne w intensywnej terapii - funkcje i zadania pielęgniarki

**mgr piel. Elżbieta Szlenk-Czyczerska - specjalista pielęgniarstwa ratunkowego SP ZOZ MSW Opole*

Sztuczne odżywianie polega na podawaniu substancji odżywczych i praparatów pomocniczych o właściwym składzie bezpośrednio do przewodu pokarmowego przez przetokę lub zgłębnik wprowadzony do żołądka, dwunastnicy lub jelita cienkiego (żywienie dojelitowe, czyli enteralne), lub dożylnie, drogą żył głównych lub obwodowych (żywienie pozajelitowe, czyli parenteralne).

Żywienie dojelitowe polega na podawaniu białka lub źródeł białka, energii, elektrolitów, witamin, pierwiastków śladowych i wody do przewodu pokarmowego z wykorzystaniem drogi podaży innej niż doustna. Termin „żywienie przez przewód pokarmowy", obejmuje wszystkie formy żywienia, w których stosuje się specjalne preparaty żywieniowe.



Żywienie enteralne

Podstawowym celem żywienia dojelitowego jest zapobieganie katabolizmowi i wyczerpaniu rezerw metabolicznych organizmu, oraz uzyskanie dodatniego bilansu azotowego[1].

Prawidłowo prowadzone żywienie enteralne (ŻE) pozwala utrzymać dobry lub poprawić niedostateczny stan odżywienia, zwiększając szansę pacjentów na skuteczne leczenie wielu chorób. Jest najbardziej naturalną drogą żywienia. Ma korzystny wpływ na funkcjonowanie przewodu pokarmowego, pobudzając wzrost kosmków jelitowych i regenerując enzymy nabłonka jelita [2]

Wskazaniem do leczenia żywieniowego w Intensywnej terapii jest każdy chory, u którego nie ma możliwości włączenia diety doustnej pokrywającej 100% zapotrzebowania w ciągu 3 dni. Zdarzają się jednak sytuacje w których karmienie drogą przewodu pokarmowego jest przeciwwskazane. Należą do nich:

- brak czynności jelita z powodu jego niewydolności, stanu zapalnego lub niedrożności porażennej,
- całkowita niedrożność mechaniczna przewodu pokarmowego,
- ciężkie oparzenie lub uraz wielonarządowy powodujący brak dostępu do przewodu pokarmowego,
- przetoki jelitowe.

Aby uzyskać dostęp do przewodu pokarmowego w żywieniu dojelitowym stosuje się: zgłębniki (sondy) i przetoki odżywcze. W zależności od lokalizacji końca zgłębnika (miejsca podania diety) mówimy o zgłębniku:

- żołądkowym
- dwunastniczym
- jelitowym

Grubość zgłębnika zależy od sposobu podaży diety, natomiast długość do żywienia dożołądkowego powinna wynosić co najmniej 70 cm, a dodwunastniczego lub dojelitowego 125 cm [3,4].

Diety podajemy metodą porcji od 200-300 ml, mikroporcji od 50-100 ml, oraz we wlewie ciągłym (grawitacyjnie lub przez pompę enteralną). Metodę bolusów stosujemy zwiększając dawki stopniowo, maksymalnie do 200-500 ml na porcję. Każdą porcję należy podawać przez 10-30 minut. Główną zasadą żywienia dojelitowego jest stopniowe zwiększanie stężenia i objętości. Do podawania diet przez zgłębniki lub przetoki odżywcze należy stosować odpowiednie zestawy przeznaczone do tego celu, ponieważ próby adaptacji innych zestawów (aparaty do podawania płynów dożylnie) mogą powodować zakażenie diety i biegunki. Zestawy do podawania diety powinny być wymieniane co 24 godziny!

Żywienie drogą przewodu pokarmowego jest procedurą stosunkowo bezpieczną. Bardzo często powikłania są następstwem niewłaściwego doboru diety i (lub) miejsca oraz szybkości podaży żywienia. Mogą także wynikać z choroby podstawowej lub jej leczenia.

Powikłania związane z **przewodem pokarmowym**:

- **biegunka** - określa się ją jako występowanie od jednego płynnego stolca na dzień do ponad 500 ml luźnego lub płynnego stolca na dzień przez 2 kolejne dni. Zapobiegamy poprzez stosowanie odpowiedniej diety i dostosowanie szybkości wlewu do stanu chorego,
- **nudności i wymioty** - pojawiają się u około 20% chorych żywionych dojelitowo, zwiększają ryzyko zachłystowego zapalenia płuc, występują na skutek opóźnionego opróżniania żołądka,
- **zaparcia** - mogą wynikać z osłabienia motoryki jelit, braku ruchu, zatkania okrężnicy masami kałowymi lub zmniejszonego przyjmowania wody bądź braku w diecie włókien pokarmowych.

Powikłania mechaniczne:

- **zachłyśnięcie się** - aspiracja treści pokarmowej jest ciężkim powikłaniem, które może zagrażać życiu. Aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia tego powikłania należy oceniać zalegania w żołądku, unikać pozycji na wznak podczas żywienia, standardem jest uniesienie wezgłowia łóżka z utrzymaniem pozycji półsiedzącej (45°).
- **powikłania związane ze zgłębnikiem** - niewłaściwe wprowadzenie zgłębnika może powodować krwawienia i przedziurawienie tchawicy jak i przewodu pokarmowego. Zgłębnik może przyczyniać się do powstawania martwicy, owrzodzenia lub ropni w miejscach jego zetknięcia się z nosogardłem, przełykiem, żołądkiem lub dwunastnicą. Zastosowanie miękkich, cienkich zgłębników do żywienia oraz właściwa pielęgnacja mogą ograniczać występowanie tych problemów.
- **zatkanie się zgłębnika** - jest częstym powikłaniem. Niedrożność spowodowana jest wytrącaniem się osadu lub niewłaściwym przepłukiwaniem zgłębnika po podaniu diety. Częstość okluzji zależy od średnicy zgłębnika, jakości opieki pielęgniarskiej oraz rodzaju zgłębnika i czasu jego utrzymania [5,6,7].

Powikłania metaboliczne są podobne do powikłań występujących w czasie żywienia pozajelitowego, pojawiają się rzadziej i nie są tak poważne.

Standard kontroli zalegania treści żołądkowej oraz położenia zgłębnika ma na celu zapobieżenie zachłyśnięciu i zapaleniu płuc, które stanowią jedne z najgroźniejszych powikłań żywienia dojelitowego.

Program kontroli zalegania treści żołądkowej u dorosłych:

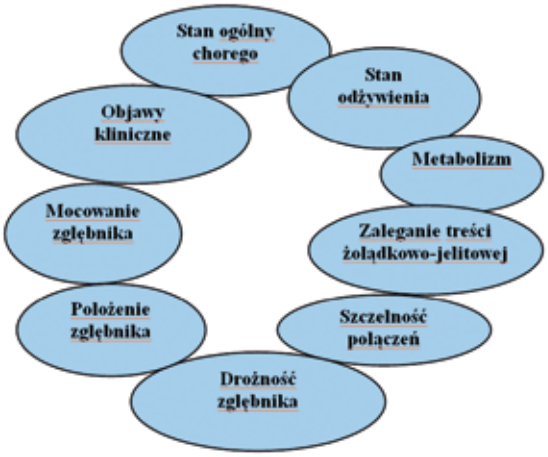
- Podać do żołądka 200-400 ml wody lub NaCl.
- Zatkać zgłębnik na dwie godziny.
- Po 2 h podłączyć zgłębnik do żołądka (worka na ściek) lub odessać.
- Odzyskanie ponad połowy podanej objętości płynu oznacza złe opróżnianie żołądka (zaleganie) - należy rozważyć zmianę sposobu podania.
- Zaleca się powtarzać przed każdym podaniem nowej porcji lub raz na dobę.

W celu uniknięcia przypadkowego wysunięcia się zgłębnika, należy kontrolować jego mocowanie do skóry policzka lub nosa. Położenie końca zgłębnika należy sprawdzać po wprowadzeniu i przy podejrzeniu przemieszczenia się. Czasem wystarczy osłuchiwanie w czasie insuflacji powietrza lub aspiracja strzykawką, najdokładniejsze jest jednak badanie radiologiczne.

Program kontroli położenia zgłębnika u dorosłych

- Zaznaczyć na zgłębniku miejsce wyprowadzenia z nosa.
- Zaleca się kontrolę położenia znacznika co 8 godzin.
- Należy zaglądać do gardła przy wlewie ciągłym co 8 godzin, przy podawaniu w bolusie - przed następną porcją.

Leczenie żywieniowe (dojelitowe) jest korzystne i nie powinno stanowić zagrożenia dla chorego. Monitorowanie obejmuje [8]:



Przed przystąpieniem do żywienia, należy chorego odpowiednio przygotować, dotyczy to funkcji układu krążenia, wentylacji, wydalania oraz metabolizmu.

Żywienie pacjentów w różnych sytuacjach klinicznych polega na dostosowaniu diety do potrzeb, jednostki chorobowej i stanu klinicznego pacjenta. Diety stosowane w żywieniu dojelitowym dzielimy na:

Diety polimeryczne - (zawierają w swoim składzie białko, węglowodany z oligosacharydów, skrobię lub maltodekstryn, lipidy z tłuszczów roślinnych oraz witaminy, minerały i pierwiastki śladowe. Nie zawierają laktozy. Osmolarność jest zbliżona do wartości fizjologicznych, ponieważ składniki odżywcze nie są zhydrolizowane. Przyczynia się to również do poprawy ich tolerancji.

Diety oligomeryczne i monomeryczne - są odżywczo kompletne, zawierają zalecane dawki wszystkich mikroskładników odżywczych. Źródłem azotu są głównie dipeptydy i tripeptydy, węglowodany są dostarczane w postaci dwucukrów i maltodekstryn. W porównaniu z dietami monomerycznymi mają mniejszą osmolarność i są łatwiejsze do przyswojenia. Diety monomeryczne zawierają w swoim składzie glukozę, oligosacharydy, wolne aminokwasy i małą ilość tłuszczów. W dietach tych znajdują się elektrolity, witaminy i pierwiastki śladowe. Zawartość sodu jest niewielka.

Diety specjalne - (dostosowane do choroby) - istnieją już preparaty żywieniowe zaprojektowane dla chorób wątroby, nerek, niewydolności oddechowej, niewydolności krążenia, zaburzeń czynności przewodu pokarmowego czy też stosowane w sytuacjach stresu matabolicznego (uraz, posocznica).

Diety modułowe czyli dopasowane indywidualnie, zawierają pojedyncze makrosładniki i ich połączenia. Mają zastosowanie w żywieniu np. chorych oparzonych czy wymagających zwiększonej podaży energii przy równoczesnym ograniczeniu płynów (niewydolność serca, nerek). Do podstawowych składników odżywczych w modułach należą węglowodany, białka i lipidy [6].

W oddziale intensywnej terapii leczeni są pacjenci w stanach zagrożenia życia, często nieprzytomni, u których zły stan odżywienia stanowi poważny problem. Terapia żywieniowa ma na celu zwiększenie odporności, stymulację gojenia się ran oraz poprawę funkcji naprawczych organizmu. Pielęgniarki realizując zadania stosują standardy i procedury dotyczące żywienia dojelitowego. Ważne jest aby, wykonywane były zgodnie z zasadami panującymi w danym oddziale, z przestrzeganiem zasad aseptyki i antyseptyki. Do procedur dotyczących żywienia enteralnego wykonywanych w oddziale intensywnej terapii należą: mycie rąk (zwykłe i higieniczne), toaleta jamy ustnej, zakładanie sondy żołądkowej oraz karmienie chorego przez zgłębnik.

Wiedza pielęgniarek z zakresu pielęgnacji chorych żywionych drogą przewodu pokarmowego stanowi istotny element terapii żywieniowej. Pielęgniarki realizują szereg funkcji i zadań w opiece nad pacjentem. Funkcja opiekuńcza realizowana jest min. poprzez wykonywanie zadań dotyczących podtrzymywania funkcji biologicznych organizmu czyli odżywiania (toaleta jamy ustnej, pielęgnacja nosa, toaleta ciała). Funkcja terapeutyczna realizowana jest poprzez wykonywanie zadań związanych z wykonywaniem i dokumentowaniem pomiarów podstawowych czynności życiowych - czyli pomiar masy ciała, temperatury, OCŻ, pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, wykonywanie zleceń dotyczących leczenia dietetycznego (przygotowanie i podłączenie mieszanek żywieniowych oraz podaż leków przez zgłębnik). Funkcja profilaktyczna to zadania polegające min. na wczesnym rozpoznawaniu stanu zagrożenia zdrowia oraz działania zapobiegające i ograniczające powikłania żywienia dojelitowego (kontrola ułożenia chorego, kontrola szybkości podaży diety, kontrola położenia i mocowania zgłębnika). Funkcja rehabilitacyjna realizowana jest w oddziale poprzez działania polegające na zachęcaniu do pokonywania trudności, wzbudzaniu motywacji do usprawniania i usamodzielnienia się, dodawaniu otuchy, łagodzeniu napięcia i lęku oraz pomocy choremu w uzyskaniu niezależności i umiejętności radzenia sobie w nowej sytuacji. Wpływając na pacjentów poprzez kształtowanie prawidłowych zachowań zdrowotnych, edukację zdrowotną i promocję zdrowia pielęgniarki realizują zadania funkcji wychowawczej. Funkcja zarządzania (administracyjna) wypełniana jest przy zakładaniu i uzupełnianiu dokumentacji związanej z leczeniem żywieniowym np.: karty glikemii, karty metabolicznej czy pielęgniarskiej karty obserwacyjnej. Zadania tej funkcji realizowane są poprzez planowanie pracy własnej oraz ocenę osiąganych celów w procesie pielęgnowania odżywianego pacjenta. Funkcja kształcenia to zadania związane z procesem edukowania młodych adeptów pielęgniarstwa w zakresie żywienia enteralnego a także inwestowanie we własny rozwój zawodowy.

Pielęgniarki wchodzące w skład zespołu żywieniowego są obarczone ogromną odpowiedzialnością, ponieważ sprawują bezpośrednią opiekę nad odżywianym pacjentem. Poprzez ciągły kontakt z chorym i wnikliwą obserwację, pierwsze wychwytują zmiany w jego stanie zdrowia. Ich rola rozpoczyna się już w chwili przyjęcia chorego do oddziału. Wykonują badania antropometryczne, uczestniczą w zbieraniu wywiadu żywieniowego oraz pobierają krew na badania biochemiczne. Jeżeli pacjent zostanie zakwalifikowany do żywienia dojelitowego, zadaniem pielęgniarek jest całodzienne prowadzenie i nadzorowanie żywienia, wczesne rozpoznawanie oraz zapobieganie powikłaniom i wypełnianie dokumentacji. Pielęgniarki realizują swoje zadania obejmując szeroki zakres obowiązków w opiece nad chorym odżywianym dojelitowo.

Piśmiennictwo u autora

***Elżbieta Szlenk-Czyczerska** - pracę w SP ZOZ MSW w Opolu rozpoczeła w 1990 r. na stanowisku starszej pielęgniarki oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w którym pracuje. W roku 1995 ukończyła kurs kwalifikacyjny w zakresie pielegniarstwa anestezjologicznego i uzyskała tytuł pielęgniarki anestezjologicznej. W roku 2005 zdobyła tytuł licencjata pielgniarstwa, kończąc naukę w PMWSZ w Opolu. W 2009 roku ukończyła dwuletnie szkolenie specjalizacyjne w zakresie pielęgniarstwa ratunkowego. Natomiast w 2012 ukończyła studia magisterskie, kierunek-pielęgniarstwo na Wydziale Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej we Wrocławiu.*

W dniu 11 września 2013 r. z ramienia Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w Warszawie uczestniczyłam w posiedzeniu Rady ds. e-zdrowia w Pielęgniarstwie.

W trakcie posiedzenia przedstawiono informacje z prac w zakresie konstruowania planów opieki Zespołu pod kierunkiem dr n. med. Anny Koper oraz przedstawiono informacje z prac pozostałych Zespołów. Aktualnie trwają prace nad budową diagnoz pielęgniarskich i interwencji.

Przedstawiono narzędzie do konstruowania planów opieki opracowanego dla potrzeb Rady przez CSIOZ. Przedstawiono projekt wzorów dokumentów. Przedstawiono informację nt. przeglądarki internetowej ICNP zbudowanej przez ICN oraz prac związanych z ICNP. Przedstawiono tłumaczenie klasyfikacji oraz propozycje dotyczące rozwijania Klasyfikacji.

Sabina Wiatkowska

UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁODZI

Informacje z działalności Akredytowanego Centrum Badania i Rozwoju Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP ®) przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi

Katedra Nauczania Pielęgniarstwa, Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu
ul. Prezydenta Gabriela Narutowicza 58
90-136 Łódź, Tel. 42 678 87 53, fax. 42 678 03 67 email: jolanta.glinska@umed.lodz.pl

Uprzejmie informujemy, że Rada ds. e-zdrowia w Pielęgniarstwie przy CSIOZ- *Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia*, w skład której wchodzą przedstawiciele ACBiR w Łodzi *(mgr Dorota Kilańska – przewodnicząca Rady , dr n. med. Jolanta Glińska – Dyrektor ACBiR)* powołała 2 zespoły, które pracują nad ujednoliceniem dokumentacji medycznej dla pielęgniarek:

1. **Zespół ds. elektronicznego rekordu pacjenta** *(pracuje nad: schematem dokumentacji, ustalaniem rodzaju dokumentów wchodzących w skład dokumentacji pielęgniarskiej oraz nad tworzeniem tej dokumentacji dla różnych obszarów pielęgniarstwa)*
2. **Zespół ds. ICNP®** *(konsultuje i opracowuje plany opieki pielęgniarskiej w tym diagnozy wraz z interwencjami pielęgniarskimi dla różnych obszarów pielęgniarstwa w oparciu o międzynarodowy standard pielęgniarski opisany w ISO 18104:2003).*

CSIOZ podjęło również działania mające na celu skonstruowanie narzędzia informatycznego ułatwiającego tworzenie planów opieki dla potrzeb dokumentacji elektronicznej, pozwalające na wystandaryzowanie ich dla praktyki.

Jednocześnie walidacji poddawane są skale oceny pacjenta zalecane przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek (ICN).

Przygotowano podstawowy schemat dokumentacji medycznej dla pielęgniarek, który został pozytywnie oceniony przez 80 pielęgniarek różnej specjalności jako przyjazny w pracy. Został zaproponowany następujący skład dokumentacji pielęgniarskiej w elektronicznym rekordzie pacjenta autorstwa pani mgr Ewy Orawczak, która współpracuje z mgr Marią Smalec, mgr Władysławem Grabowskim, dr Anną Andruszkiewicz oraz Bożena Gorzkowicz.

Kolejny etap prac to włączenie do karty oceny stanu pacjenta wystandaryzowanych skal oceny pacjenta oraz pilotaż w wybranych podmiotach leczniczych.

Informacje z działalności ACBiR ICNP ®

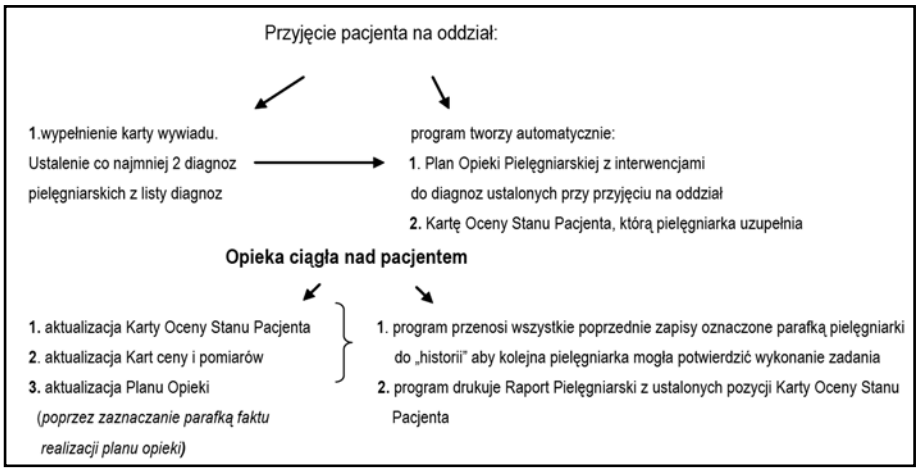
Ryc. Schemat kompleksowej dokumentacji medycznej wg opracowania E. Orawczak

Schemat
kompleksowej dokumentacji w oddziale szpitalnym
w wersji elektronicznej

W skład dokumentacji wchodzi:

1. **Karta Wywiadu Pielęgniarskiego** - zakładana w dniu przyjęcia pacjenta na oddział *(odpowiedzi na zadawane pytania posiadają możliwość wyboru z dostępnych opcji)*
2. **Karta Oceny Stanu Pacjenta** - wypełniona w dniu przyjęcia na oddział i uaktualniana co najmniej 1x w trakcie dyżuru *(większość danych przechodzi automatycznie z Karty Wywiadu)*
3. **Plan Opieki Pielęgniarskiej** – zawiera diagnozy, interwencje i potwierdzenie ich wykonania utworzone w dniu przyjęcia i uaktualniane z listy diagnoz
4. **Lista diagnoz pielęgniarskich** z pełnym procesem pielęgnowania zgodnie z klasyfikacją ICNP
5. **Karty ocen i pomiarów zgodna z ICNP** - np. Karta ADL
6. **Raport pielęgniarski** – jako wyciąg z Karty Oceny Stanu Pacjenta *(jest tworzony i drukowany samoczynnie z zaznaczonych punków Karty Oceny Stanu Pacjenta)*
7. **Wypis pacjenta** i karta wskazówek pielęgniarskich

Schemat dokumentacji:



Kierownik
Akredytowanego Centrum Badania i Rozwoju
dr n. med. Jolanta Glińska

Łódź, 26 kwietnia 2013 r.

ZARZĄDZENIE NR 40/2013
DYREKTORA
CENTRUM SYSTEMÓW INFORMACYJNYCH OCHRONYZDROWIA

z dnia 11 września 2013 r.

zmieniające zarządzenie Nr 9/2012 Dyrektora Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia z dnia 5 kwietnia 2012 r. w sprawie powołania Rady ds. e-Zdrowia w Pielęgniarstwie

Na podstawie § 2 ust. 3 i 4 Regulaminu Organizacyjnego Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, stanowiącego Załącznik nr 2 do Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 lipca 2010 r. w sprawie Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdrow. Nr 9, poz. 56, z późn. zm.), zarządza się, co następuje:

§1

W Zarządzeniu Nr 9/2012 Dyrektora Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia z dnia 5 kwietnia 2012 r. w sprawie powołania Rady ds. e-Zdrowia w Pielęgniarstwie wprowadza się następujące zmiany:

1) §3 ust. 1 otrzymuje brzmienie:
„1. W skład Rady wchodzą:
1) Przewodniczący Rady: dr Dorota Kilańska - Akredytowane Centrum Badania i Rozwoju ICNP, Uniwersytet Medyczny w Łodzi;
   1) Zastępca Przewodniczącego Rady: dr Grażyna Rogala-Pawelczyk - Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych;
   2) Sekretarz Rady: Marta Buraczyńska- Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Wydział Badań i Analiz oraz Współpracy Międzynarodowej;
   3) pozostali członkowie Rady wskazani w Załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia.”
2) §5 otrzymuje brzmienie:
„1. W ramach Rady ds. e-Zdrowia w pielęgniarstwie działają następujące zespoły:
   1) Zespół ds. dokumentacji elektronicznej w obszarach: pielęgniarstwa w opiece paliatywnej, pielęgniarstwa onkologicznego, pielęgniarstwa geriatrycznego, pielęgniarstwa w opiece długoterminowej oraz POZ;
   2) Zespół ds. architektury dokumentacji;
   3) Zespół ds. Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP®.
2. Szczegółowy skład członków Rady z podziałem na zespoły, o których mowa w ust.1, określa Załącznik nr 1 do niniejszego zarządzenia.
3. W ramach Rady mogą działać inne Zespoły tematyczne niż określone w ust. 1, w skład których wchodzą osoby zaangażowane w prace dotyczące e-Zdrowia, prowadzone w Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, wskazane przez Przewodniczącego Rady.
4. Przewodniczący Zespołu przekazuje wszelkie ustalenia Przewodniczącemu Rady.
5. W posiedzeniach Rady uczestniczą:
   1) Przewodniczący i/lub Zastępca Przewodniczącego, Sekretarz Rady oraz liderzy Zespołów;
   2) w przypadku braku możliwości osobistego uczestniczenia w posiedzeniu osób wskazanych w pkt 1, informacja o zastępstwie musi zostać przekazana pisemnie, również w postaci elektronicznej do Sekretarza Rady.”

§2

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Dyrektor
Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
(-) Marcin Kędzierski

UZASADNIENIE

Konieczność zmiany zarządzenia Nr 9/2012 Dyrektora Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia z dnia 5 kwietnia 2012 r. w sprawie powołania Rady ds. e-Zdrowia w Pielęgniarstwie wynikła ze zmian osobowych w składach zespołów roboczych oraz wyłonienia liderów poszczególnych zespołów.

Załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 40/2013
z dnia 11 września 2013 r. Dyrektora Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia zmieniające zarządzenie Nr 9/2012 Dyrektora Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia z dnia 5 kwietnia 2012 r. w sprawie powołania Rady ds. e-Zdrowia w Pielęgniarstwie

Rada ds. e-Zdrowia w pielęgniarstwie

Przewodnicząca: **dr Dorota Kilańska** Zastępca Przewodniczącej: **dr Grażyna Rogala-Pawelczyk** Sekretarz: **Marta Buraczyńska**

Zespół ds. INCP® w skład którego wejdą członkowie Rady ds. ICNP® pod przewodnictwem **dr Jolanty Glińskiej** i Zespół ACBIR w Łodzi odpowiedzialni za następujące obszary prac:

dr hab. n. hum. Małgorzata Kisilowska
dr n. med. Hanna Grabowska
mgr Grażyna Wójcik
mgr Maria Smalec
dr Aleksandra Gaworska-Krzemińska

Zespół ds. architektury dokumentacji, którego zadaniem będzie wypracowanie jednolitych wzorów dokumentacji pielęgniarskiej w oparciu o standardy planu opieki oraz standardy wywiadu w oparciu o międzynarodowe skale, pod przewodnictwem **mgr Ewy Orawczak** w składzie:

Tadeusz Wadas, Sabina Wiatkowska, Teodor Murawa, Tomasz Krzysztyniak, Maria Kaleta, Barbara Burzyńska, mgr piel. Magdalena Dykas, mgr piel. Katarzyna Głodowska, Mariola Głowacka, dr n. med. Bożena Gorzkowicz, mgr piel. Władysław Grabowski, Mariola Łodzińska, mgr piel. Iwona Ługowska, Aleksanda Śnieg, mgr piel. Joanna Wiśniewska, mgr piel. Paweł Witt

Zespół ds. POZ pod przewodnictwem **mgr Beaty Ostrzyckiej** w składzie:

mgr Ewa Chlebek (przedstawiciel konsultanta)
dr n. med. Zofia Nowak- Kapusta
mgr Monika Tomaszewska
Donata Czekała
mgr Małgorzata Kietlińska
mgr Stanisław Manulik
mgr Małgorzata Modl
Bożena Sługocka
dr n. med. Izabella Uchmanowicz

Zespół ds. Pielęgniarstwa w Opiece Paliatywnej pod przewodnictwem Konsultanta Krajowego w dziedzinie **mgr Izabeli Kaptacz** w składzie:

mgr Anna Głowacka
mgr Aleksandra Burchacka
mgr Elżbieta Skowrońska
dr Dominik Krzyżanowski
mgr Agnieszka Kwiecińska
mgr Anna Janusz-Białoń
mgr Aneta Wcisło
mgr Bożena Łukaszek
mgr Wiesława Piotrowska
mgr Beata Kozak

Zespół ds. Pielęgniarstwa Geriatrycznego pod przewodnictwem **dr Anny Andruszkiewicz** w składzie:

Prof. dr hab. med. Komelia Kędziora- Kornatowska
mgr Halina Idczak
mgr piel. Monika Biercewicz
mgr piel. Ilona Grzeszak
mgr piel. Marta Sucharska-Szymkowiak
dr n med. Mariola Banaszkiewicz
dr n. o zdrowiu Alicja Marzec
dr Mirosława Felsmann

Zespół ds. Pielęgniarstwa w opiece długoterminowej pod przewodnictwem **dr n. o zdrowiu Marioli Rybki** w składzie:

mgr piel. Dorota Bożejewicz
dr n. med. Beata Haor
mgr piel. Lilia Kimber-Dziwisz
mgr piel. Teresa Miłkowska
dr n. o zdrowiu Elżbieta Szwałkiewicz
dr n. med. Robert Ślusarz

Zespół ds. Pielęgniarstwa Onkologicznego pod przewodnictwem Konsultanta Krajowego **dr Anny Koper** (Centrum Onkologii w Bydgoszczy) w składzie:

mgr Tomasz Tomaszewski
mgr Katarzyna Knach
mgr Sylwia Dahms
Beata Kaźmierczak
mgr Edyta Szortyka

Bezpłatne studia
dla pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych

Beata Cholewka
Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia
Kierownik Projektu Systemowego

Ostatnia prosta – „pomostówki" na finiszu

Szanowni Państwo,

od 2008 do 2015 roku pielęgniarki, pielęgniarze, położne i położni w całym kraju otrzymali możliwość zawodowego kształcenia się w ramach studiów pomostowych współfinansowanych ze środków unijnych.

Zainteresowanie Projektem przerosło nasze założenia. Pozyskaliśmy dodatkowe środki na zwiększenie budżetu Projektu, co pozwoliło nam na podniesienie wskaźnika z 24 tys. do 40 tys. osób mogących otrzymać wsparcie finansowe w ramach Projektu. Nie byłoby sukcesu Projektu bez udanej współpracy z Instytucją Wdrażającą – Departamentem Funduszy Europejskich w Ministerstwie Zdrowia i z 71 uczelniami realizującymi kształcenie na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo w ramach Projektu. Absolwentom serdecznie gratuluję zdobycia tytułu licencjata.

Nabór na rok akademicki 2013/2014 trwa. Zapraszam.

B. Cholewka

Ulotka współfinansowana przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Warszawa, lipiec 2013.

KAPITAŁ LUDZKI | Ministerstwo Zdrowia | UNIA EUROPEJSKA

człowiek - najlepsza inwestycja

Ministerstwo Zdrowia – Departament Pielęgniarek i Położnych, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa, tel.+ 48 22 53 00 207, fax +48 22 83 12 177

Projekt Systemowy

pn. Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych

współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, realizowany przez Ministerstwo Zdrowia, Departament Pielęgniarek i Położnych

Dotąd z szansy dofinansowania skorzystało:

27 174 osób w tym:
24 208 pielęgniarek
342 pielęgniarzy
2 624 położnych

Docelowo skorzysta: 40 000 osób

Więcej informacji na:
www.studiapomostowe.mz.gov.pl